

А/с Зеро

Приложение
к инструкции по заполнению
и ведению учетной формы 052-2/у
«Паспорт здоровья ребенка»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Арсенов

ИИН

ЦИОНАЛЬНОСТЬ

Дата рождения 05.09.2022.

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Чайковска 12

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя

Место работы матери/законного представителя

Телефон матери/законного представителя

Ф.И.О год рождения отца

Место работы отца

Телефоны отца

законных представителей

Поликлиника прикрепления

Група крови

Резус-фактор

Инвалидность (да/нет)

група

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

«Ақтөбе облысының денсаулық сақтау басқармасы» мемлекеттік мекемесінің шаруашылық жүргізу

Форма №052-2/у « ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

III

Национальность

Дата рождения 12.09.2000

Пол: мужской/женский (подчеркнуть).

Пол: мужской/женский (подчеркнуть) _____
 Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) _____

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя

Место работы матери/законного представителя

Телефон матери/законного представителя

Ф.И.О год рождения отца

Место работы отца

Телефоны отца

законных представителей.

Поликлиника прикрепления

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

и Савинский

Форма №052-2/у «ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА»

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

ИИН / Национальность казах

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя

Место работы матери/законного представителя

Телефон матери/законного представителя

Ф.И.О год рождения отца

Место работы отца

Телефоны отца

законных представителей

Поликлиника прикрепления

Група крoви _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

Приложение
к инструкции по заполнению
и ведению учетной формы 052-2/у
«Паспорт здоровья ребенка»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Ассистант

ИИН _____ Национальность казах

Дата рождения 14.08.2022г

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Мещерякова 2/8

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя А.Б.Малова 1970

Место работы матери/законного представителя

Телефон матери/законного представителя _____

Ф.И.О год рождения отца

Место работы отца

Телефоны отца

законных представителей

Поликлиника прикрепления

Группа крови	Резус-фактор
--------------	--------------

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

[illegible]

«Експерт здоров'я ребенка»

Форма №052-2/у « ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

ИИН

Рациональность

Дата рождения

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя

Место работы матери/законного представителя

Телефон матери/законного представителя

Ф.И.О год рождения отца

Место работы отца

Телефоны отца

законных представителей

Поликлиника прикрепления

Група крови

Резус-фактор

Инвалидность (да/нет)

группа

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

4 Collectory 2

91C 3ere.

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Ермош

Дильназ Амиханқызы

ИИН: [REDACTED] Национальность: казах

Дата рождения 23.06.22

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)	
--	--

турменова 40-78.

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя

Место работы матери/законного представителя _____

Телефон матери/законного представителя

Ф.И.О год рождения отца

Место работы отца _____

Телефоны отца _____

законных представителей

Поликлиника прикрепления

Група крoви _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

[illegible]

Приложение
к инструкции по заполнению
и ведению учетной формы 052-2/у
«Паспорт здоровья ребенка»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

ИИИ

Национальность

Дата рождения

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя

Место работы матери/законного представителя

Телефон матери/законного представителя

Ф.И.О год рождения отца

Место работы отца

Телефоны отца

законных представителей

Поликлиника прикрепления

Група крови

Резус-фактор

Инвалидность (да/нет)

групи

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

Приложение
к инструкции по заполнению
и ведению учетной формы 052-2/у
«Паспорт здоровья ребенка»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка
Маслов Михаил Андреевич
ИИ [redacted] национальность [redacted]

III

ЮНЗЛЬНОСТЬ

Дата рождения 20.06.52

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя

Место работы матери/законного представителя

Телефон матери/законного представителя

Ф.И.О год рождения отца

Место работы отца

Телефоны отца

законных представителей

Поликлиника прикрепления

Группа крови

Резус-фактор

Инвалидность (да/нет)

группа

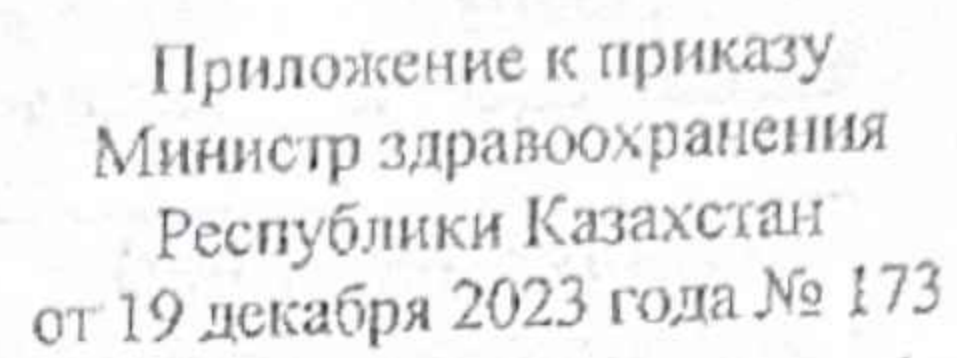
Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

Приложение
к инструкции по заполнению
и ведению учетной формы 052-2/у
«Паспорт здоровья ребенка»

«№1 Қалалық емханасы»

[illegible]



Форма № 052-2/у "Паспорт здоровья ребенка"

1. Общие положения
Фамилия имя отчество (при его наличии) ребенка Изм Дуас

Пол муж

Сведения о законных представителях:

Диагноз (код МКБ-10)* 200

Дата взятия на диспансерный учет _____

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

Приложение
к инструкции по заполнению
и ведению учетной формы 052-2/у
«Паспорт здоровья ребенка»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Кундубаев Иса

Национальность

Дата рождения 10.09.2022.

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

E15 108 KB. 23

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя

Место работы матери/законного представителя

Телефон матери/законного представителя

Ф.И.О., год рождения отца

Место работы отца

Телефоны отца

законных представителей

Поликлиника прикрепления

Группа крови

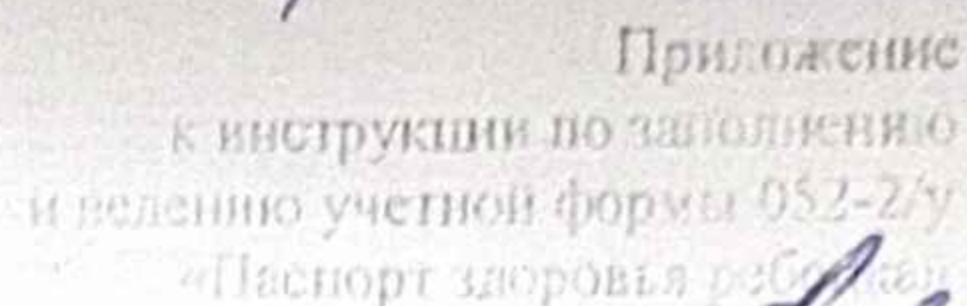
Резус-фактор

Инвалидность (да/нет)

группа

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]



Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Мурманск СРМ

...ность на

Дата рождения 22.04.2022

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Downloaded from <http://www.jstor.org/stable/2346186> by University of California, San Diego on Tue, 20 Jun 2017 12:01:05 UTC
All use subject to <http://about.jstor.org/terms>

Ф.И.О. год рождения матери/законного представите

Место работы матери/законного представителя _____

Телефон матери/законного представителя _____

Ф.И.О год рождения отца _____

Место работы отца _____

Телефоны отца _____

законных представителей _____

Поликлиника прикрепления УЗ «Мир» РМ
Будущие врачи Васильев

Група крови _____ Резус-фактор _____

інвалідність (да/неі) _____ групи _____

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

392

«Артефакт» общенациональный документ
 «Формы №052-2/у «ПАСПОРТ ДОРОВЬЯ РЕБЕНКА»

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Аманжол Тассерманов

ИИН

Пол

Дата рождения 10.11.2002

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Сейсенбетов 79-84

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя

Место работы матери/законного представителя

Телефон матери/законного представителя

8748 409 1498

Ф.И.О. год рождения отца

Место работы отца

Телефон отца

законных представителей

Подпись ребенка

Подпись отца

Подпись матери

Инвалидность (да/нет)

группа

Таблица 1. Характеристика организаций

Место

Характеристика организаций

тип

Дошкольная

Организация

Организация

содержание

организация

образовательная

интернатного типа

форма

Общая

Коррекционная

Общая

Коррекционная

Общая

Коррекционная

иная

иная

иная

"Бала денсаулығының паспорты" № 052-2/у нысаны
Форма № 052-2/у "Паспорт здоровья ребенка"

1. Жалпы ережелер/Общие положения

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Москвит Диме Тишурин

ЖСН / ИИН

Туған күні / Дата рождения 28.10.2022 Жынысы / Пол меч

Үйінің мекенжайы (немесе интернат үлгісіндегі ұйымның мекенжайы)/Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Металлургов 56 кв 60

Заңды өкілдер туралы мәліметтер:/Сведения о законных представителях:

Тіркеу емханасы / Поликлиника прикрепления

ГНМ

Қан тобы / Группа крови _____ Резус-фактор _____

Мүгедектік (иә / жоқ) топ / Инвалидность (да/нет) группа _____

Бала диспансерлік есепте тұрма (иә / жоқ)/Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) _____ Диагноз (АХЖ-10 коды /код МКБ-10) * _____

Диспансерлік есепке алу күні / Дата взятия на диспансерный учет _____

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Ұйымдардың сипаттамасы/Характеристика организаций

Түсу айы, жылы /Месяц, год поступл ения	Ұйымдардың сипаттамасы /Характеристика организаций					
	Мектепке дейінгі/Дошкольная организация		Жалпы орта білім беру ұйымы /Организация среднего образования		Интернат үлгісіндегі ұйымы /Организация интернатного типа	
	Жалпы Общая	Түзету Коррекцио нная	Жалпы Общая	Түзету Коррекцион ная	Жалпы/ Общая	Түзету Коррекционная

Аллергия нет					
Вид аллергии*		Аллерген	С какого возраста	Год установления диагноза	Примечания

Медициналық мекеме

Форма № 052-2/у "Паспорт здоровья ребенка"

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Оразова Зере Бексұлтанқызы

ИНН _____

Дата рождения _____ 12.01.2022 г _____

Пол _____ муж _____

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) Каргалы, Солнечная 29

Сведения о законных представителях

Мать: Аяганова Гулнур

Отец: Жумагулов Бексұлтан

Поликлиника прикрепления _____ Медикус центр _____

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) _____ нет _____

Диагноз (код МКБ-10)* _____ Z01.8 _____

Дата взятия на диспансерный учет _____ нет _____

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть/нет) _____				
Вид аллергии*	Аллерген	С какого возраста	Год установления диагноза	Примечания

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

Заболевания	Год	Заболевание	Год
Корь		Дифтерия	
Коклюш		Туберкулез	
Скарлатина		Эпидемический паротит	
Брюшной тиф			
Ветряная оспа			
Краснуха			
Вирусный гепатит (А, В, С, Д)			

**Оздоровительный центр
«КУАНЫШ»
САУЫҚТЫРУ ОРТАЛЫҒЫ**

Форма № 052-2/у "Паспорт здоровья ребенка"

Приложение к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года № 17

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Мисметова Кемел Багдасаровна

ИНН

Дата рождения 27.12.2022

Пол муж

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

СК Мерсапчаев - 19

Сведения о законных представителях:

Мисметов ИНН 93061340825

Поликлиника прикрепления

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) _____

Диагноз (код МКБ-10)* _____

Дата взятия на диспансерный учет _____

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Дошкольная организация	Характеристика	
		Общая	Коррекционная
		Общая	Коррекционная

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть/нет) есть

Вид аллергии* _____ Год диагностики _____



* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергия

Дд Зере
«ДВЯ РЕБЕНКА»

написши) ребенка

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка
Матвеева Анастасия Викторовна

альность

22 октября 2002

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) ул. Мира 5-29.

Место работы матери/законного представителя

Телефон матери/законного представителя

Место работы отца

законных представителей

Група крoви	Резус-фактор
-------------	--------------

группа

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

[illegible]

БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ
(ОКУД бойынша кодтың нысаны 026/у-3)
ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА
(Код формы по ОКУД - 026/у-3)

1. БАЛА ТУРАЛЫ ЖАЛПЫ МӘЛІМЕТ / ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ

Баланың аты-жөні, әкесінің аты/Ф.И.О. ребенка

Шеишаев Ерасыл

Ұлты/Национальность қазақ Туған күні/Дата рождения 11.03.2012

Жынысы: ер/әйел (қажеттісінің астын сызу керек)

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Мекен-жайы (немесе интернат мекемесінің мекен-жайы) / Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

О. Кеңевого 115-д - 103

Телефон (тұрғылықты орны) Телефон (места жительства) 8 707 187 9855

Қызмет көрсететін емхана/Обслуживающая поликлиника

_____ телефон (мед/ұйым.) телефон (мед/орг.)

Қанның тобы/Группа крови _____ Резус-фактор _____ Мүгедектік/

Инвалидность _____

Түскен айы, жылы Месяц, год поступления	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ / ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ					
	Мектепке дейінгі мекеме Дошкольная организация		Орта жалпы білім беру Среднего общего образования		Балалар үйі Детский дом	
	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное
Түскен айы, жылы Месяц, год поступления	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ (жалғасы) / ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ (продолжение)					
	Кәсіби білім беру Профессионального		Мектеп-интернат Школа-интернат		Балалар үйі Детский дом	
	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное

Қолайсыз кәсіби-өндірістік факторлар / Неблагоприятные профессионально-производственные факторы _____

(кәсіби білім беру ұйымдары үшін, нешінші жылдан бастап
для организаций профессионального образования, с какого года)

Аллергия

Форма №052-2/у «ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА»

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

ИИН

ВНОСТЬ

Дата рождения

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя

Место работы матери/законного представителя

Телефон матери/законного представителя

Ф.И.О., год рождения отца

Место работы отца

Телефоны отца

законных представителей

Поликлиника прикрепления

Група крови _____ РНПР Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) вместо ФИД-10 группа

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

[illegible]